

Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica

M. Teresa Sanz-Osorio¹, Olga Monistrol Ruano², Elena Morillo-Garcia¹, Patricia Martos-Torres¹, Laura Andrés-i-Martín¹, Miguel Ángel Escobar-Bravo³

¹Àmbit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa; ²Departament de Seguretat del Pacient. Hospital Universitari Mútua Terrassa;

³Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

Introducció

La seguretat del pacient és un component clau de la qualitat i un dret dels pacients reconegut a nivell internacional¹. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el seu objectiu és prevenir i reduir els riscos, errors i danys que sofreixen els pacients durant la prestació de l'assistència sanitària fins a un mínim acceptable².

Són nombrosos els procediments en l'entorn hospitalari que comporten un risc real o potencial per a l'usuari; un d'ells és la contenció mecànica (CM). El grup de treball Contenció Zero, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, defineix *contenció* com "Conjunt de mesures psicològiques, ambientals, farmacològiques, físiques i mecàniques que s'apliquen sobre un individu en situació de risc per a la seva seguretat amb l'objectiu de modificar la conducta i/o postura i reduir els riscos derivats de la seva alteració". Aquestes mesures poden ser no restrictives o restrictives (comporten una restricció de moviments i/o llibertat de desplaçament)³. En aquest treball tractarem específicament les mesures restrictives de contenció.

Existeix una gran controvèrsia al voltant dels dispositius utilitzats per dur a terme una CM, però el més important és que siguin sistemes homologats, sempre que en sigui imprescindible el seu ús. Els més habituals són els cinturons de subjecció abdominal o pèlvica, la cinta de tòrax, les armilles, les tires de peus, les canelleres i les manyoples, encara que existeixen altres dispositius que, sense estar dissenyats amb aquest objectiu, en la pràctica també limiten el moviment de la persona, com ara les baranes, els coixins de falca

postural o el mobiliari habitual, col·locat amb finalitat restrictiva.

Habitualment, la CM s'utilitza en tres casos: a) agitació, b) desorganització de la conducta amb potencial risc per a la seguretat, o c) incapacitat per mantenir el cos en una postura ergonòmicament correcta per tal d'evitar el lliscament, la rotació articular o la limitació de la capacitat respiratòria i la relació amb l'entorn³. Tot i que algunes entitats no contemplen els mecanismes habituals de correcció postural com a CM, el fet que el material emprat sigui similar o, fins i tot de vegades el mateix, fa que sigui necessari mencionar-los, ja que poden produir les mateixes complicacions.

Els múltiples esdeveniments adversos³ que pot provocar l'ús d'aquests sistemes poden ser causats per l'acció directa (ferides, erosions, luxacions articulars) o indirecta (tromboembolismes, dolor generalitzat) del sistema, tant a nivell físic (mort sobtada, dolor, úlceres per pressió) com psíquic (estrès, por, agressivitat). Alhora, es poden identificar situacions perilloses ocasionades o propiciades pels sistemes de contenció, com ara les *conductes escapistes*, definides en aquest estudi com "la tendència a escapar-se del sistema de contenció, amb els riscos que comporta d'arrencaments de dispositius terapèutics com sondes o vies, caigudes o quasciaigudes, dislocacions articulars, hematomes, erosions i altres lesions".

El present article pretén conèixer la prevalença d'utilització de les CM i de les baranes de llit en un hospital general, a més d'identificar les raons que n'han motivat l'ús i el tipus de sistema emprat, i també descobrir els esdeveniments adversos que poden afectar la seguretat del pacient durant el seu ús.

Metodologia

Disseny

Estudi observacional transversal de prevalença realitzat durant el mes de març de 2015 a les unitats convencionals d'hospitalització i a la unitat de cures intensives (UCI) d'un hospital general del Vallès Occidental de 300 llits i 12 llits d'UCI i cures semiintensives (SEMI).

Correspondència: M. Teresa Sanz Osorio
Àmbit d'Atenció a la Salut Mental
Consorci Sanitari de Terrassa
Carretera Torrebónica s/n, 7a planta, dreta
08227 Terrassa
Tel. 937 003 600, ext. 7006
Adreça electrònica: msanz@cst.cat

Procediment de recollida de dades i variables

Es va realitzar un estudi de prevalença amb tres talls en diferents setmanes, un en cada torn assistencial (matí, tarda i nit), a les unitats d'hospitalització convencional i UCI/SEMI. Es van avaluar tots els pacients ingressats en el moment de l'estudi; es van excloure els dels serveis de maternitat, neonatologia, sala de parts i pediatria. Els talls de prevalença els van efectuar la investigadora principal i dues col·laboradores expertes en la utilització de CM.

Es van seleccionar els pacients portadors de CM en el moment de realitzar l'estudi de prevalença. Es va considerar com a CM qualsevol sistema de subjecció adherit o lligat al cos d'un pacient. També es va comptabilitzar la utilització de les baranes de llit.

Les dades es van obtenir mitjançant l'observació directa i la revisió de les històries clíniques (HC) dels pacients. Per a la seva recollida es va utilitzar un formulari *ad hoc* amb les variables: unitat d'ingrés (cirurgia, medicina interna, geriatria, cures pal·liatives, UCI/SEMI i psiquiatria), torn (matí, tarda i nit), prevalença d'utilització de CM i de baranes, dades sociodemogràfiques dels pacients amb CM (edat i sexe), motiu de la contenció (risc d'interrupció del règim terapèutic, risc de caigudes, alteració de conducta sense o amb agressivitat o prevenció en general —en referència a la combinació de diversos d'aquests aspectes—), sistemes utilitzats (homologats o no homologats), esdeveniments adversos detectats (àlgies, lesions de la pell...) i situacions perilloses o de risc per al pacient associades a les CM (*conductes escapistes*, retirada de dispositius de suport terapèutic com ara vies, sondes o sistemes de suport respiratori, caigudes o quasicaiques —descrites d'aquesta manera en l'HC per referir-se a la situació en què el pacient cau sense arribar a tocar a terra, amb els mateixos riscos per a la salut que si efectivament hagués caigut).

Durant el torn de nit es va respectar el descans nocturn dels pacients, raó per la qual no s'en va realitzar l'observa-

ció directa, però sí la revisió de les HC i la valoració de l'ús de les baranes.

Es van excloure de l'estudi de prevalença els pacients ja detectats en un torn anterior per evitar duplicitats de registres.

Anàlisi de les dades

El càlcul de la prevalença de CM es va realitzar, en cada torn, amb el nombre de pacients amb CM en el numerador i la població estudiada en el denominador, en percentatges. La prevalença global es va calcular amb la mitjana de CM en cada torn, dividida per la mitjana de població estudiada. Les variables contínues, com ara l'edat, es van analitzar amb mitjanes i rang (R) i les variables categòriques amb freqüències i percentatges. Es va analitzar la prevalença de CM i la resta de variables segons la unitat d'ingrés del pacient.

Aspectes ètics

L'estudi es va presentar al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica de l'hospital, obtenint-ne l'aprovació. Es va demanar consentiment de participació en l'estudi al pacient i/o al familiar/cuidador principal, garantint la confidencialitat i anonimat de les dades registrades.

Prèviament a l'inici de l'estudi, es va informar tots els comandaments i professionals sobre com es desenvoluparia, així com dels seus objectius.

Resultats

En els tres talls de prevalença es van avaluar 818 pacients, dels quals 52 (6,4%) eren portadors de CM. No es van identificar diferències en la freqüència de CM entre els torns de matí, tarda o nit. D'altra banda, la prevalença d'usuaris en CM va variar segons especialitats hospitalàries i es va detectar un percentatge nul o quasi nul a les especialitats de cures pal·liatives i cirurgia i xifres més elevades a la UCI/SEMI (36,4%) i a psiquiatria (14,6%), respecte al total dels pacients ingressats (Taula 1).

TAULA 1. Prevalença de pacients en contenció mecànica (PCM) per torn (matí, tarda i nit) i prevalença mitjana diària per cent pacients ingressats i per especialitat hospitalària

Especialitat	Matí			Tarda			Nit			Mitjana de prevalença PCM
	n	PCM	Prevalença PCM	n	PCM	Prevalença PCM	n	PCM	Prevalença PCM	
Cirurgia	48	1	2,1	53	0	0	53	0	0	0,6
Medicina interna	107	4	3,7	94	1	1,1	96	6	6,3	3,7
Geriatria	85	7	8,2	85	10	11,8	83	5	6	8,6
Cures pal·liatives	16	0	0	10	0	0	14	0	0	0
Unitat de cures intensives	10	3	30	12	5	41'6	11	4	36,3	36,3
Psiquiatria	12	4	33,3	15	1	6,6	14	1	7,1	14,6
Total	278	19	6,8	269	17	6,3	271	16	5,9	6,3

La utilització de les baranes durant la nit fou del 65,7% a tot l'hospital, amb gran variabilitat entre les unitats d'ingrés, essent a UCI/SEMI i cures pal·liatives del 100%, geriatria 94% (78 pacients), medicina interna 58,3% (56 pacients) i cirurgia 35,8% (19 pacients), en contraposició amb psiquiatria, on no hi havia cap pacient amb baranes.

La resta de resultats fan referència exclusivament a l'anàlisi dels pacients portadors de CM, el 69,2% dels quals (n = 36) eren homes i el 30,8% (n = 16), dones; la mitjana d'edat era de 70,7 anys (R = 20-97), tot i que cal destacar que la mitjana d'edat a la unitat de psiquiatria era de 32,7 anys.

Respecte a la distribució dels usuaris portadors de CM segons especialitat d'ingrés, el 42,3% es va dur a terme a geriatria, el 23,1% a la UCI/SEMI, el 21,2% a les unitats mèdiques, l'11,5% a psiquiatria i l'1,9% a cirurgia.

Els motius més freqüents de contenció van ser el risc d'interrupció del suport terapèutic i el risc de caiguda, que representaven cadascun el 32,7% de les contencions, seguits de les alteracions de conducta amb agressivitat (17,3%) i sense agressivitat (11,5%). En el 5,8% restant es va identificar com a motiu de contenció la prevenció general. A la Taula 2 es presenta la distribució del motiu de contenció en funció de la unitat d'ingrés. Les dades mostren que el motiu més freqüent de contenció a UCI/SEMI va ser el risc d'interrupció del règim terapèutic, mentre que, a les unitats geriàtriques agudes, el risc principal era el de caigudes i a psiquiatria va ser l'alteració de conducta amb agressivitat.

Respecte els sistemes utilitzats, es va avaluar si el sistema emprat era homologat (cinturons i extremitats d'imant, de veta adherent [*velcro*] o armilles per a cadires) o si, contràriament, era un sistema no homologat com ara llençols o embenats (Taula 3). En aquest cas, es va obser-

var que en 5 pacients (9,6%) els materials utilitzats per a la CM no eren homologats (llençols col·locats a la cintura, descrits com a "llençol dissuasiu de moviment").

TAULA 3. Tipus de sistemes de contenció emprats, segons l'homologació

Sistema de contenció	n (%)
Homologat	47 (90,4)
No homologat	5 (9,6)
Total	52 (100)

A la Taula 4 es pot observar l'avaluació dels esdeveniments adversos més freqüents identificats en l'observació directa dels pacients, desglossada segons especialitat d'ingrés. Destaquen com a esdeveniments predominants les lesions de la pell.

Durant l'observació de les CM col·locades, els perills detectats i analitzats segons les unitats d'ingrés van ser l'escapisme, l'arrencaament de suports terapèutics i les caigudes o quasicaigudes. Els resultats es presenten a la Taula 5, on s'observa que el més freqüent va ser l'arrencaament de suports terapèutics (36,5%), però a l'HCI no s'especificava si havia estat accidental durant una maniobra d'escapisme o si havia estat motivat per la pròpia simptomatologia del pacient.

Discussió i conclusions

Aquest estudi ha permès identificar una prevalença elevada de contencions, si es compara amb estudis com el de Quintana i Font⁴, realitzat també en un hospital general de les mateixes característiques a Catalunya, on la prevalença identificada va ser del 2,7%. Aquesta diferència es pot justificar per divergències metodològiques entre ambdós estudis. De la mateixa manera, també destaca una utilització

TAULA 2. Distribució dels motius de la contenció mecànica segons l'especialitat de la unitat d'ingrés (n i % respecte al nombre total)

Motiu de la contenció mecànica	Cirurgia	Geriatria aguda	Medicina interna	Unitat de cures intensives	Psiquiatria	Total
Risc d'interrupció del règim terapèutic	0	3	2	12	0	17
	0,0%	5,8%	3,8%	23,1%	0,0%	32,7%
Risc de caigudes	1	11	4	0	1	17
	1,9%	21,2%	7,7%	0,0%	1,9%	32,7%
Alteració de conducta sense agressivitat	0	3	2	0	1	6
	0,0%	5,8%	3,8%	0,0%	1,9%	11,5%
Alteració de conducta amb agressivitat	0	4	1	0	4	9
	0,0%	7,7%	1,9%	0,0%	7,7%	17,3%
Prevenció	0	1	2	0	0	3
	0,0%	1,9%	3,8%	0,0%	0,0%	5,8%
Total	1	22	11	12	6	52
	1,9%	42,3%	21,2%	23,1%	11,5%	100,0%

TAULA 4. Esdeveniments adversos produïts per les contencions mecàniques segons l'especialitat de la unitat d'ingrés (n i % respecte al nombre total)

Esdeveniments adversos	Cirurgia	Geriatría aguda	Medicina interna	Unitat de cures intensives	Psiquiatria	Total
No descrits	1	12	8	10	1	23
	1,9%	23,1%	15,4%	19,2%	1'9%	61,5%
Lesions a la pell o úlceres per pressió	0	7	3	2	0	12
	0,0%	13,5%	5,8%	3,8%	0,0%	23,1%
Àlgies	0	3	0	0	3	6
	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	5,8%	11,5%
Lesions a la pell i àlgies	0	0	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	3,8%
Total	1	22	11	12	6	52
	1,9%	42,3%	21,2%	23,1%	11,5%	100,0%

TAULA 5. Riscos detectats segons l'especialitat de la unitat d'ingrés (n i % respecte al nombre total)

Riscos detectats	Cirurgia	Geriatría aguda	Medicina interna	Unitat de cures intensives	Psiquiatria	Total
No descrits	0	7	3	6	6	22
	0,0%	13,5%	5,8%	11,5%	11,5%	42,3%
Escapisme	1	3	1	0	0	5
	1,9%	5,8%	1,9%	0,0%	0,0%	9,6%
Arrencament del suport terapèutic	0	10	4	5	0	19
	0,0%	19,2%	7,7%	9,6%	0,0%	36,5%
Caigudes o quasicaigudes	0	2	2	0	0	4
	0,0%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	7,7%
Escapisme i arrencament del suport terapèutic	0	0	1	1	0	2
	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%	0,0%	3,8%
Total	1	22	11	12	6	52
	1,9%	42,3%	21,2%	23,1%	11,5%	100,0%

de sistemes homologats del 59% en comparació amb el 90,4% d'utilització de sistemes homologats en el present estudi. No s'han trobat dades prèvies sobre l'ús de les baranes de llit, motiu pel qual no es pot comparar amb altres estudis, però cal destacar que els professionals van referir que mai no havien contemplat les baranes com a mètode de contenció, ni tampoc els riscos derivats d'aquestes, excepte el ja identificat "baraning", que fa referència a "la precipitació dels pacients en intentar lliscar per damunt la barana, amb les lesions conseqüents".

Les dades obtingudes permeten analitzar els diferents aspectes que poden influir en els riscos que concorren en els pacients en CM. D'una banda, cal tenir en compte el sistema de contenció utilitzat; però aquesta dada adquireix el seu valor real quan es relaciona amb el motiu que determina la indicació de la contenció i la correcta col·locació del sistema escollit (Figura 1). Aquesta relació conforma

el paradigma de les CM (Figura 2), ja que pot ocórrer que el motiu que indica la utilització de la CM es converteixi a la vegada en l'esdeveniment advers provocat per la CM. És per aquest motiu que les CM sempre han de ser l'última alternativa que s'ha d'emprar i cal dur a terme un monitoratge estricte de la persona que en requereix l'ús.

Durant la recollida de dades es van detectar alguns casos de familiars que pretenien utilitzar els sistemes de contenció no homologats amb els seus familiars al domicili, ja que es tracta de sistemes més assequibles i econòmics. Sense pretendre-ho, els professionals es converteixen en models d'actuació per als familiars i poden incrementar els riscos dels pacients més enllà de l'alta domiciliària.

Durant els talls de prevalença es va observar que el fet de realitzar l'estudi va promoure la reflexió dels professionals sobre l'ús d'aquests sistemes, ja sigui per defecte, excés o aplicació incorrecta, instaurant-ne una vigilància

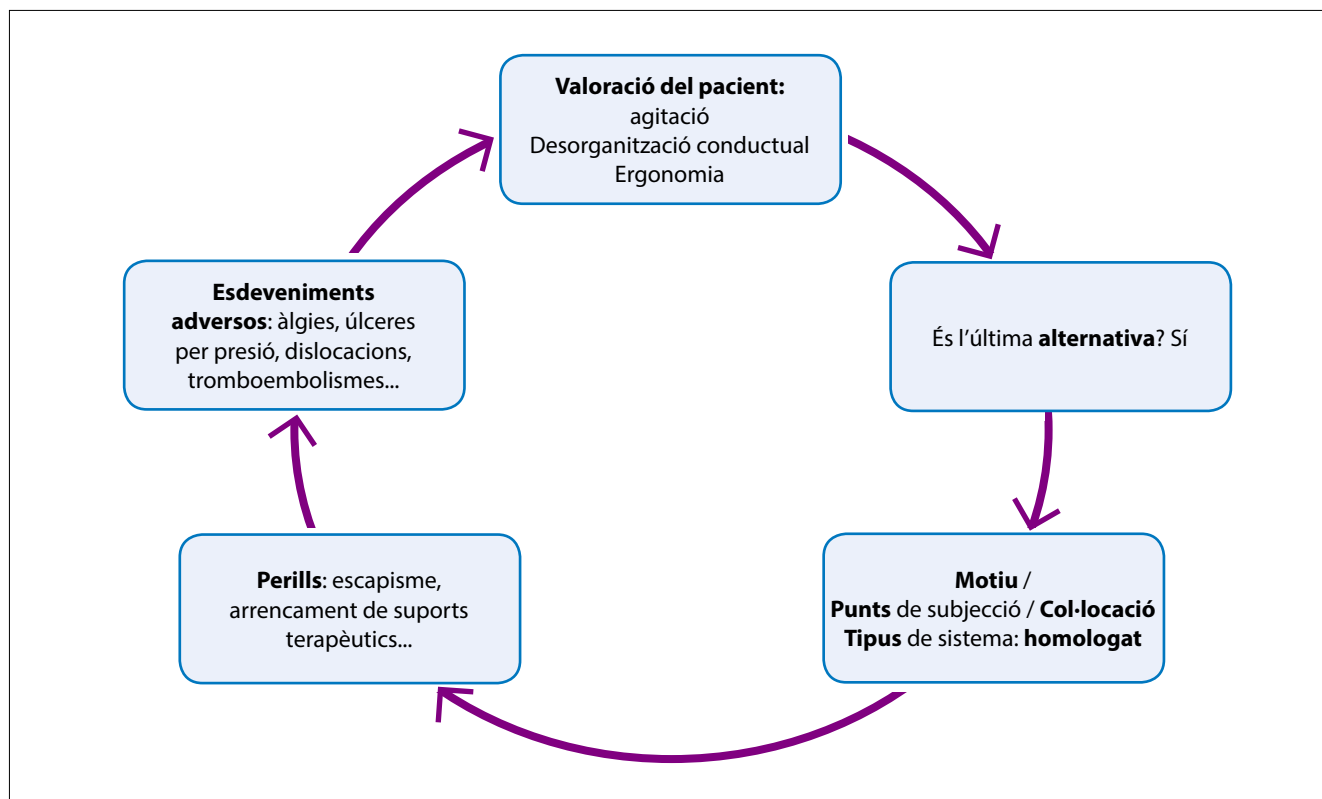


FIGURA 1. Utilització de les contencions mecàniques

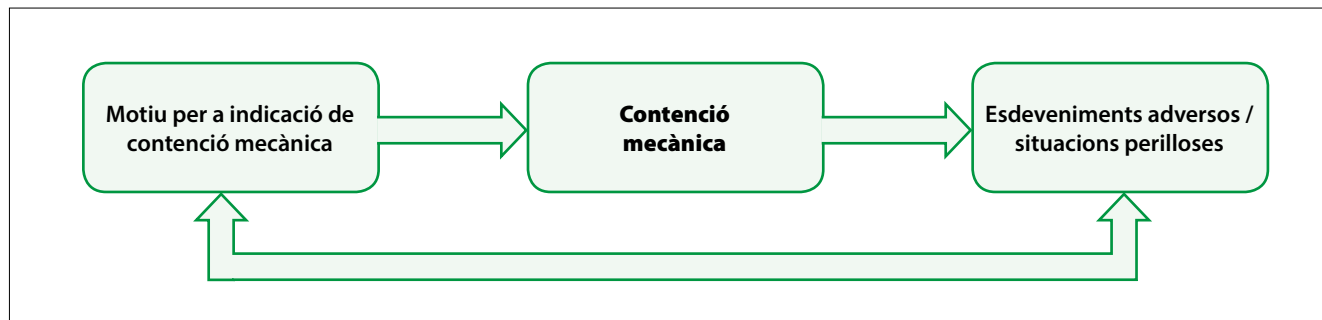


FIGURA 2. Paradigma de les contencions mecàniques

estRICTA i contínua i plantejant alternatives per promoure la seguretat del pacient.

És important recordar que els sistemes de contenció suposen un risc de morbiditat important, que cal tenir present en el balanç per decidir-ne la seva utilització.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Declaración de Profesionales por la Seguridad del Paciente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Consultable a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> Accés el 17 de maig de 2020.
3. Sanz-Osorio MT, Jiménez Ordóñez M, Rey Santiso M, Serrano-Blanco A, Tiñena Amorós M, Viñals Muela O et al. Recomendaciones de buenas prácticas en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero. Annals de Medicina. 2019;102:165-9.
4. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. Rev Calid Asist. 2003; 18(01):33-8.